



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA

**DIPARTIMENTO DI SCIENZE ECONOMICHE ED AZIENDALI
"M.FANNO"**

CORSO DI LAUREA TRIENNALE IN ECONOMIA

PROVA FINALE

***FONDI SANITARI INTEGRATIVI: EFFETTI DI EFFICIENZA E DI TIPO
REDISTRIBUTIVO***

RELATORE:

CH.MO PROF. VINCENZO REBBA

LAUREANDO: RICCARDO PIETRO SORZE

MATRICOLA N. 1136084

ANNO ACCADEMICO 2018 – 2019

Sommario

Introduzione	2
Capitolo 1. Caratteri del Servizio Sanitario Nazionale e sviluppo dei fondi sanitari integrativi in Italia	3
1.1. Le caratteristiche del sistema sanitario italiano: problemi strutturali e di sostenibilità.....	3
1.2. La rilevante spesa out of pocket delle famiglie italiane	6
1.3. Opportunità di aumentare il grado di intermediazione della spesa sanitaria privata: il ruolo emergente dei fondi sanitari integrativi.....	7
Capitolo 2. La regolazione dei fondi sanitari integrativi.....	12
2.1 Chi sono i cittadini assicurati dai terzi paganti in Italia?.....	12
2.2 La normativa del secondo pilastro: storia, limiti e peculiarità	15
2.2.1 I primi interventi normativi.....	15
2.2.2 I decreti Turco e Sacconi.....	16
2.2.3 Lo stato dei lavori ad oggi: Patto per la salute 2019 e piano sociosanitario regionale del Veneto	18
2.3. Sanità Integrativa oltre il confine: il caso francese	19
CAPITOLO 3. Lo sviluppo dei fondi sanitari integrativi in Italia: effetti potenziali e possibili scenari	22
3.1 Problematiche per l'equità	22
3.2 Problematiche per il Servizio Sanitario Nazionale.....	24
3.3 Punti di forza della sanità integrativa.....	25
3.4 Una proposta di evoluzione nel rapporto tra pubblico e privato	27
Conclusione.....	30
Riferimenti bibliografici.....	31

Introduzione

In questo elaborato si è scelto di trattare uno degli argomenti di maggior importanza con riferimento al sistema di welfare italiano, ovvero il tema del riordino del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e del possibile sviluppo di un secondo pilastro rappresentato da fondi sanitari integrativi privati, cercando di considerare non solo le implicazioni economiche ma anche quelle sociali. I fondi sanitari integrativi infatti presentano delle caratteristiche che, se non gestite con la corretta attenzione, rischiano di mettere in discussione i principi di solidarietà e copertura universale che sono alla base del SSN italiano. Ho scelto l'argomento in quanto credo che concili perfettamente due aspetti chiave dell'economia: quello finanziario, che parla la lingua dei numeri e dei bilanci, ma soprattutto il suo impatto sulla realtà quotidiana di ogni cittadino. Al contrario di come si vuole da più parti far credere infatti, l'economia, ben lungi dall'essere soltanto una fredda materia da laboratori è invece una "scienza" viva, che influenza, in bene o in male, da vicino la vita di ognuno di noi. L'obiettivo della ricerca è stato quello di dimostrare che - con tutte le necessarie attenzioni, regole e limitazioni - la coesistenza tra pubblico e privato nell'ambito della sanità sia, oltre che possibile, per molti aspetti vantaggiosa per tutti i portatori di interessi nel settore.

Si è cercato di portare avanti la trattazione nel modo più oggettivo possibile, cercando di mediare la faziosità che caratterizza molti documenti e buona parte della reportistica del settore. I dati numerici sono stati verificati facendo riferimento a quante più fonti possibili, per evitare di riportare informazioni oggettive e non ispirate a possibili strategie di interesse commerciale.

L'elaborato è articolato in tre capitoli. Nel primo capitolo viene presentato lo status quo nel quale si trova lo scenario della sanità in Italia: quali sono i ruoli rispettivi del pubblico, dei terzi paganti e della spesa out of pocket da parte dei cittadini. Nel secondo capitolo si è cercato di inquadrare il settore della sanità integrativa in Italia e di riassumere la normativa di riferimento; inoltre, viene esaminato il caso francese caratterizzato dalla sottoscrizione di coperture integrative da parte della quasi totalità della popolazione. Nel terzo capitolo, dopo un'analisi dei lati positivi e dei punti di debolezza della sanità integrativa, ho cercato di sviluppare una proposta di riforma del sistema sanitario italiano, considerando le opinioni degli esperti del settore e analizzando quanto è attualmente in atto negli altri paesi. La proposta formulata va considerata solo come uno spunto per il dibattito, senza alcuna pretesa di cambiare l'attuale status quo.

Capitolo 1. Caratteri del Servizio Sanitario Nazionale e sviluppo dei fondi sanitari integrativi in Italia

1.1. Le caratteristiche del sistema sanitario italiano: problemi strutturali e di sostenibilità

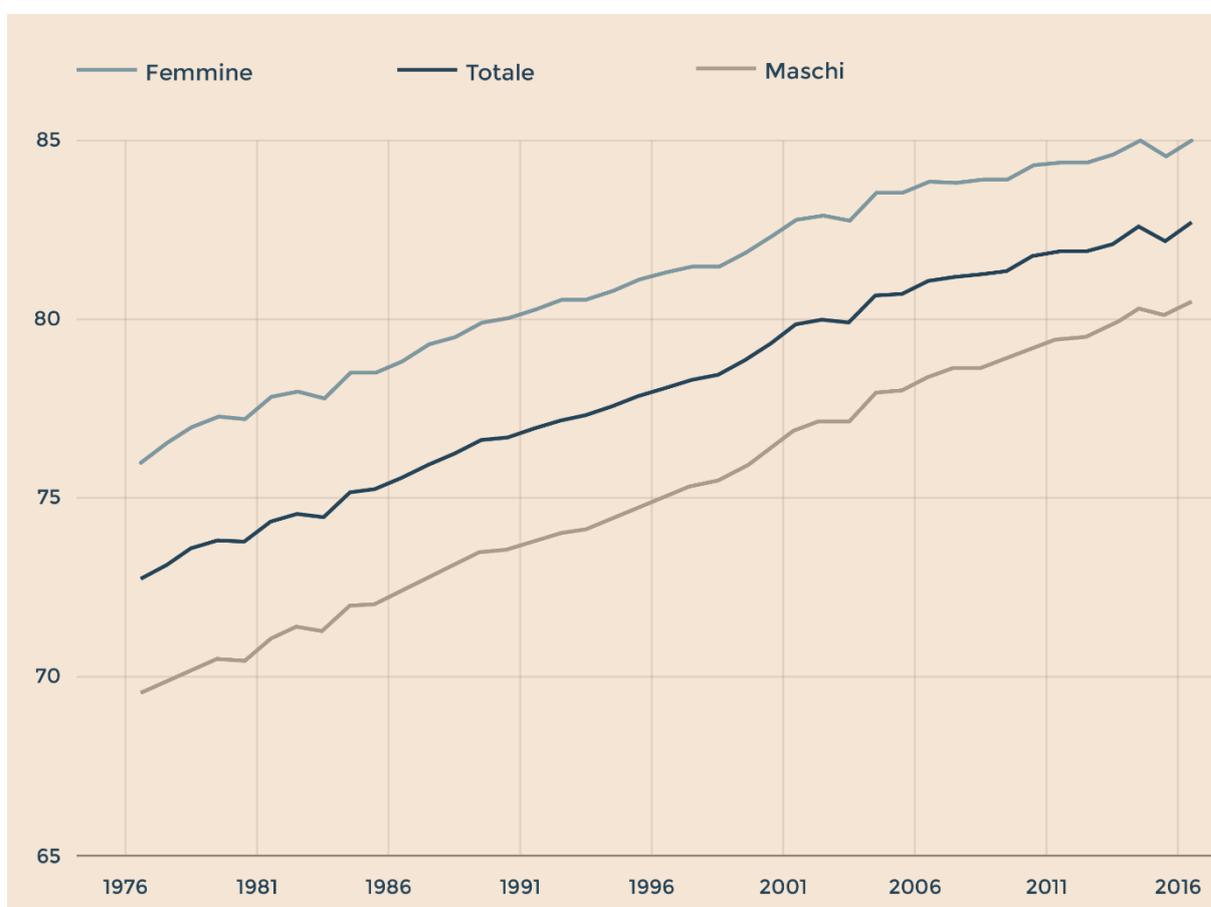
Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è un sistema di strutture e servizi che hanno lo scopo di garantire a tutti i cittadini, in condizioni di uguaglianza, l'accesso universale all'erogazione equa delle prestazioni sanitarie (Ministero della Salute, 2019); i suoi principi fondanti, ovvero uguaglianza, universalità ed equità trovano le proprie radici giuridiche nella legge 833 del 1978. Per i propri iscritti il Sistema Sanitario Nazionale offre una copertura universale ed obbligatoria, ovvero tutti i cittadini contribuiscono, secondo la tassazione progressiva in base al reddito, al finanziamento della sanità pubblica, questo sistema si definisce "Modello Beveridge". In questa tipologia di Sistema Sanitario vengono dunque a crearsi tre tipi di sussidi incrociati: chi è in buona salute contribuisce a finanziare la spesa sanitaria di chi è malato, chi ha maggior disponibilità economica contribuisce a finanziare la spesa di chi è meno abbiente e i più giovani finanziano la spesa dei più anziani (Barigozzi & Rebba, 2019)

Il sistema sanitario italiano sta tuttavia vivendo una situazione di grande cambiamento, dovuto ad una concatenazione di fattori sociali, economici e giurisprudenziali. La prima causa si può certamente individuare nella gestione della sanità da parte dell'agente pubblico: se infatti, specialmente negli ultimi due decenni del secolo scorso il sistema sanitario nazionale è stato utilizzato come catalizzatore di consensi, dalla capillare estensione della rete ospedaliera alle molte nomine nel settore della sanità al fine di ricevere approvazione politica, nell'attuale situazione economica italiana esso è spesso soggetto a tagli e contrazioni di spesa come bacino di copertura per le manovre economiche. Assorbendo circa nove punti percentuali del prodotto interno lordo il suo impatto sulle finanze dello Stato non è per nulla irrilevante. Questa gestione però, se da un lato potrebbe dar vita a riflessioni critiche sull'amministrazione dei conti pubblici, dall'altro va vista attraverso un altro dato, ovvero dal 1960 ad oggi la spesa sanitaria complessiva è raddoppiata in tutti i paesi ad economia sviluppata. Questa importante crescita non è dovuta, come potrebbe essere intuitivo pensare, all'ampliarsi della quota di copertura (c'è evidenza del fatto che paesi che hanno mantenuto il coverage costante hanno fronteggiato un ugual incremento) bensì all'aumento dell'aspettativa di vita. La vita attesa alla nascita infatti, per il sesso maschile, ha guadagnato 1,5 anni ogni decennio, mentre la vita attesa a 65 anni ne ha guadagnato 1 ad ogni decennio (Pammolli & Salerno, 2010) (si veda la Figura 1.1).

A questo dato si va inoltre ad aggiungere il fatto che negli anni Sessanta del secolo scorso con la così detta generazione dei “Baby Boomers” si sono raggiunti i picchi della natalità nel nostro Paese, raggiungendo i 2,7 figli per donna nel 1964, dato che è rimasto vicino al 2,5 fino alla fine del decennio, andando dunque a dare una forte scossa demografica alla popolazione (ISTAT, 2016).

Se teniamo conto che nel 2017 l’indice di natalità è passato a 1,32 figli per donna (ISTAT, 2018) c’è evidenza del fatto che il patto intergenerazionale di sussidio incrociato è messo in forte crisi.

Figura 1.1 Evoluzione dell’aspettativa di vita alla nascita in Italia



Fonte: Sole 24 Ore (2017)

Il problema legato a questo aumento della durata media della vita è che parallelamente al miglioramento delle possibilità di cura per mantenere l’individuo in salute, si assiste ad una crescita dell’aspettativa di vita in condizioni di invalidità di vario grado, che hanno un’incidenza non trascurabile sul sistema sanitario.

Se tra i fattori di aumento della spesa sanitaria l’aspettativa di vita in costante crescita ha la maggior quota di incidenza, accompagnata dai picchi demografici, non mancano tuttavia altre

concause, tra le quali troviamo l'aumento della domanda di cure, l'ampliamento dei trattamenti che è possibile richiedere e l'avanzamento tecnologico che rende sempre più varie e costose le tipologie di cure. L'OCSE stima che da qui a cinquant'anni si assisterà ad un altro raddoppio dell'incidenza della spesa sanitaria sul PIL ed è evidente che, a maggior ragione nel contesto attuale di bilancio dello stato italiano, questa situazione non è sostenibile nel lungo periodo e diviene comunque di difficile gestione anche nel medio. Quali possano essere a livello numerico gli effetti di mantenere invariato il funzionamento ed il coverage del Sistema Sanitario Nazionale è difficile da stabilire ma è possibile in ogni caso tenere in considerazione le proiezioni prodotte da più fonti per avere un'idea delle dimensioni in gioco. Secondo Fabio Pammolli e Nicola Salerno, per mantenere invariata l'incidenza della spesa pubblica sul PIL al 2050, il coverage del SSN potrebbe ridursi dall'attuale 76% al 50% (Pammolli & Salerno, 2009), lo scenario prospettato dai due appare comunque eccessivamente pessimistico. La proiezione effettuata dall'Ageing Report sostiene che dal 2019 al 2070 la spesa sanitaria pubblica andrà ad incidere per l'8,3% sul PIL, che presumendo un coverage del 50% colloca la spesa sanitaria totale all'incirca intorno al 16% del prodotto interno lordo (Ageing Report, 2018), uno scenario possibile (stiamo parlando della spesa totale degli Stati Uniti ad oggi) ma comunque non molto probabile tenendo conto che storicamente la gestione dei fattori di crescita della spesa pubblica da parte del Sistema Sanitario Nazionale è migliore rispetto a quella americana. Secondo una previsione proposta da vari studiosi nel 2016 sulla rivista medica "Lancet", l'Italia assisterà ad un aumento della spesa pubblica pro-capite collocabile intorno al 2,3% tra il 2013 e il 2040 con un coverage pubblico compreso tra il 65,9% e l'88,7% (Dieleman, et al., 2016). Sembra evidente che mantenere l'attuale status quo vorrebbe dire affrontare la questione limitandosi a procrastinare un problema che necessita di una soluzione alla radice.

È in questo scenario macroeconomico e sociale che fin dal 1992, anno della riforma bis del sistema sanitario (decreto legislativo 502/1992), si è sentita l'esigenza di porre le basi per favorire la creazione di quello che gli esperti del settore definiscono un secondo pilastro privato della sanità, che come suggerito dal nome si propone di affiancare il servizio pubblico nazionale (che, almeno per ora, rimane il pilastro principale) nel sostenere il sistema sanitario. Questo se da un lato avrebbe il merito di sgravare le finanze pubbliche da una parte della spesa, dall'altro andrebbe a ridurre la spesa non intermediata, ovvero soldi che il cittadino spende di tasca propria per garantirsi l'accesso a prestazioni sanitarie direttamente, senza nessuna intermediazione da parte di fondi, assicurazioni o altro.

1.2. La rilevante spesa out of pocket delle famiglie italiane

In Italia la più grande fetta di spesa privata per la sanità è ad oggi quella *out of pocket*, cioè non intermediata da alcuna forma assicurativa o mutualistica: su 39,7 miliardi spesi dagli italiani nel 2017 ben 36 sono stati spesi in questo modo (Barigozzi & Rebba, 2019). Per dare un'idea dell'ordine di grandezza stiamo parlando di una cifra che si avvicina ad un terzo della spesa sostenuta dal settore pubblico per offrire cure mediche mediante il Servizio Sanitario Nazionale (Centro Studi e Ricerche di Itinerari Previdenziali, 2019).

Per quanto la percentuale di spesa out of pocket si mantenga elevata in tutta la penisola italiana, anche in questo ambito possiamo rilevare una forbice di spesa tra il Nord ed il Sud Italia: le regioni con una maggior quota di spesa out of pocket sono infatti Friuli-Venezia Giulia, Val d'Aosta ed Emilia-Romagna, il fanalino di coda di questa classifica è invece la Campania. Questa graduatoria ci dà la possibilità di analizzare un'altra tematica non trascurabile parlando di sanità integrativa: non è possibile associare un aumento della spesa sanitaria privata con un arretramento del sistema pubblico, infatti è proprio al Nord che la sanità pubblica presenta il suo maggior livello di efficienza. La dinamica di spesa pubblica sembra non influenzare quella privata, mentre la prima segue le decisioni di politica economica, la seconda risponde alle variazioni del PIL. (Cergas-Bocconi, 2018)

La spesa sanitaria privata subisce inoltre un effetto reddito, con un'elasticità poco superiore ad 1 (Cergas-Bocconi, 2018) e la sua domanda per le famiglie si assesta stabilmente attorno ai tre punti percentuali. Discorso a parte merita la curva di domanda delle cure odontoiatriche, che segue invece l'andamento dei beni di lusso, con un'elasticità marcatamente superiore all'1.

Uno dei problemi della spesa sanitaria privata nel nostro Paese è proprio quello di uno scarso livello di intermediazione, la cui radice è da individuarsi principalmente in un problema di carattere culturale. I dati forniti dall'analisi effettuata da RBM, che vanno sicuramente letti alla luce dall'interesse economico che l'impresa ha nel settore salute, sono allarmanti: nel 2017 ci sono stati oltre 11 milioni di italiani che hanno dovuto far ricorso all'indebitamento per finanziare le cure, 7,8 milioni di loro hanno dovuto metter mano ai loro risparmi e 3 milioni sono arrivati a liquidare i propri investimenti immobiliari o finanziari (RBM assicurazione salute, 2018).

È chiaro a questo punto che il problema oltre ad essere di carattere economico e sociale assume i contorni del dilemma etico: se il cittadino è messo di fronte all'alternativa tra la spesa di tasca propria e la scelta di non curarsi, uno dei principi fondamentali del nostro sistema sanitario, qual è l'equità, è messo in profonda crisi. La questione si va ad aggravare se teniamo conto che l'incidenza della spesa sanitaria privata va ad aumentare percentualmente al diminuire del reddito del nucleo familiare. L'incidenza media della spesa sanitaria privata sul reddito degli italiani è, come detto sopra, circa il 3,14%, il finanziamento delle cure va ad assorbire il 3,33% delle risorse per i cittadini con un reddito inferiore ai 15 mila euro, l'1,69% per la fascia compresa tra i 15 e i 35 mila, l'1,61% per i cittadini che presentano un reddito posizionato tra i 35 e i 65 mila e soltanto lo 0,65% per coloro che vanno oltre la soglia dei 100 mila euro di reddito. Quanto al regime di detrazione fiscale, questo tipo di spese sono detraibili dall'IRPEF al 19% con una franchigia di euro 129,11. Vi è un ampio ricorso da parte dei cittadini all'agevolazione fiscale, infatti il 60% della spesa statale per oneri detraibili sul bilancio dello stato fa riferimento a rimborsi per le detrazioni per spese sanitarie. La detrazione fiscale anziché ridurre il gap di incidenza delle spese sanitarie sul reddito va ad ampliare questa forbice: abbiamo evidenza del fatto che l'80% delle detrazioni va a beneficio di coloro che presentano un reddito superiore ai 60 mila euro, mentre soltanto il 5,50% va ad agevolare le fasce di reddito comprese tra i 15 e i 35 mila euro (RBM assicurazione salute, 2018). Vari analisti individuano la soluzione alla presentata serie di problematiche nell'incentivazione della spesa intermediata, ma quali sono e come si configurano i "Terzi paganti" che agiscono nel settore?

1.3. Opportunità di aumentare il grado di intermediazione della spesa sanitaria privata: il ruolo emergente dei fondi sanitari integrativi

Il secondo pilastro si configura come un insieme di "Terzi paganti" che assumono differenti fattispecie: fondi sanitari, casse mutue, società di mutuo soccorso, intermediari di spesa sanitaria individuali e collettivi.

Per introdurre il complesso argomento si ritiene opportuno, data la sua chiarezza, utilizzare la classificazione proposta da Aldo Piperno (Piperno, 2017), basata sul tipo di copertura offerta:

- Copertura sostitutiva: copre servizi e prestazioni che sono già offerti dai livelli essenziali di assistenza del Sistema Sanitario Nazionale, ma lo fa con condizioni migliorative per il cittadino. Solitamente riguarda solo alcuni servizi particolarmente vantaggiosi per l'erogatore.

- Copertura aggiuntiva: va ad integrare la copertura pubblica colmando la differenza di costo tra le prestazioni garantite dal Servizio Sanitario Nazionale e la quota a carico del cittadino come ad esempio il ticket.
- Copertura complementare: va a coprire le prestazioni non incluse nei livelli essenziali di assistenza.

Il 21% degli italiani, al 2017, poteva beneficiare di una copertura sanitaria integrativa, il numero è importante, ma meritevole di maggiore analisi è il tasso di crescita: il numero di iscritti ai fondi sanitari è infatti passato dai 3.312.474 del 2010 ai 12.900.000 (numero ancora in attesa di conferma da parte del ministero della salute) del 2017 (Centro Studi e Ricerche di Itinerari Previdenziali, 2019). Scendendo più nel dettaglio degli attori del secondo pilastro troviamo:

I fondi sanitari: realtà decisamente complessa e variegata, in cui i soggetti principali possono essere casse, fondi ed enti di varia tipologia. Qualunque sia la loro fattispecie giuridica di riferimento, ai fondi sanitari non è permesso perseguire il fine di lucro e buona parte di essi (circa il 50%) è supportato dalle compagnie assicurative, per garantire il proprio corretto funzionamento e sostentamento dal punto di vista finanziario. Essi possono essere raggruppati in due macro-gruppi, delineati dall'articolo 9 del Decreto Legislativo 502/1992:

- **Fondi sanitari integrativi del SSN** (fondi *doc* o di tipo A) così denominati perché deputati a coprire soltanto le prestazioni non offerte dal SSN e la quota di spesa non coperta dallo stesso, come ad esempio i ticket.
- **Enti, casse e società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fine assistenziale** (fondi *non doc* o di tipo B), di cui all'art. 51 comma 2, lettera a) del DPR 917/1986, che hanno una maggiore libertà d'azione in termini di prestazioni e servizi offerti. (Fondazione Gimbe, 2019), essi possono infatti coprire tutte le tipologie di prestazione, incluse quelle coperte dai livelli essenziali di assistenza.

Nello specifico i fondi di tipo A sono deputati alla copertura di prestazioni così dette *extra LEA*, acronimo di "livelli essenziali di assistenza", ovvero le prestazioni sanitarie che il Servizio Sanitario deve offrire a tutti i cittadini (o gratuitamente o dietro pagamento di un ticket).

I fondi DOC sono caratterizzati principalmente da due peculiarità: la prima è quella che gli iscritti possono dedurre dal reddito ai fini IRPEF entro il limite di euro 3615,20 i contributi di iscrizione, mentre la seconda è che a questi fondi non è permessa la politica di selezione del rischio, in altre parole non possono discriminare tra i gruppi di potenziali aderenti.

Questa seconda specifica è una naturale appendice alla natura stessa del fondo, che proponendosi di arrivare con la copertura laddove il Servizio Sanitario Nazionale non può permettersi di giungere, deve configurare il fondo stesso come un'appendice dell'SSN e dunque agire quanto più possibile in un'ottica di equità sociale. I fondi di tipo A sono autogestiti ma possono anche essere affidati in gestione mediante convezione ad istituzioni pubbliche e private attive nel settore sanitario o sociosanitario (Pammolli & Salerno, 2010).

I fondi non DOC si configurano come una fattispecie giuridica molto eterogenea. Essi sono da definirsi per esclusione, ovvero ciò che non è di tipo A diviene automaticamente di tipo B, si tratta principalmente di enti e casse preesistenti rispetto alla definizione di DOC. La deducibilità fiscale per gli iscritti a questo tipo di fondo arriva fino a 1808 euro normalmente, ma nel caso il fondo destini il 20% delle proprie prestazioni a cure odontoiatriche, coperture sociosanitarie e/o socioassistenziali, la possibilità di detrazione fiscale si allinea a quella offerta dai fondi DOC, raggiungendo i 3615,20 euro. Va però sottolineato che il beneficio fiscale offerto dai fondi non DOC si limita a coloro che vi hanno aderito per un accordo collettivo o in base ad un regolamento aziendale (RBM assicurazione salute, 2018). I fondi di tipo B sono in netta maggioranza rispetto a quelli di tipo A, parliamo infatti di 302 fondi non DOC contro soli 9 fondi DOC.

Uscendo dall'ambito dei fondi come sopra intesi, troviamo le società di mutuo soccorso: sono una delle storiche tipologie di modalità associativa e il loro funzionamento è quello di finanziare le esigenze degli iscritti man mano che queste si presentano. Le radici nel passato di questa tipologia di sanità integrativa fanno riferimento alla copertura delle fasce di reddito medio basse, dunque per loro stessa natura non hanno nelle loro caratteristiche la selezione degli iscritti. I contributi versati alle società di mutuo soccorso godono di detrazione d'imposta al 19% per importi fino al tetto limite di 1300 euro.

È poi possibile per i cittadini stipulare una polizza assicurativa sanitaria individuale, ovvero assicurazioni che coprono rischi specifici dietro una corresponsione di premi. Il regime di detrazione in questo caso viene a configurarsi in una maniera leggermente più complessa:

- I premi sono detraibili al 19% fino al tetto di euro 1291,14 se vengono investiti in invalidità sopra al 5%, assistenza a lungo termine e coperture temporanee in caso di morte. A questo si somma la possibilità di detrarre il contributo versato dal datore di lavoro, qualora fosse presente, dal reddito dipendente, fino allo stesso tetto

In tutti gli altri casi non è detraibile il premio, tuttavia:

- Sono detraibili dall'Irpef le spese per il personale di assistenza in caso di non autosufficienza. In questo caso la detraibilità è concessa per un importo non superiore ad euro 2100. (Pammolli & Salerno, 2010)
- Si possono detrarre dall'Irpef con una franchigia di euro 129,11 le spese sanitarie sostenute.
- Sono deducibili dall'Irpef assistenza medica ed assistenza specifica per soggetti affetti da minorazioni. Questi ultimi due tipi di sgravi fiscali sono tuttavia accessibili anche a chi non sottoscrivesse una polizza

Non è trascurabile nella spesa intermediata la posizione occupata dal welfare aziendale, se infatti questa tipologia di intermediazione non è propriamente identificabile come un terzo pagante è anche vero che le imprese e le loro associazioni stanno muovendo importanti passi nella creazione e nell'implementazione di politiche di welfare dedicate ai dipendenti. Al 2017 il dato della contribuzione riferibile al welfare aziendale (a tutto tondo, non soltanto per la sanità) ammontava a 2,5 miliardi di euro. Le cause di questo fenomeno sono da ricercarsi sicuramente in un'ottica di aumento del commitment del dipendente nei confronti dell'azienda, ma con un occhio all'ampio spettro di benefici fiscali che deriva da questo tipo di iniziative.

Le aziende operano in più modi per la costituzione di iniziative di welfare: iscrivono i lavoratori e le famiglie a fondi sanitari e casse sanitarie già esistenti, danno vita a fondi o casse autogestite o date in gestione ad altre imprese assicuratrici, istituiscono delle polizze collettive di malattia, o semplicemente rimborsano le spese sanitarie sostenute dai dipendenti (Piperno, 2017).

Il vantaggio fiscale si va a bipartire tra quello per l'azienda e quello per i lavoratori. Dal punto di vista del datore di lavoro i costi dei servizi offerti ai dipendenti vanno a dedursi dal reddito d'impresa, andando in sostanza a ridurre l'imponibile sul quale viene calcolato l'IRES da versare all'erario. Per i lavoratori il vantaggio è quello che i premi convertiti in welfare sono esclusi dall'imponibile IRPEF. In altre parole, se una cifra di euro 2000 lordi in busta paga si traduce in euro 1200 netti, 2000 euro erogati in beni e servizi sono esenti da ogni tipo di trattenuta. La questione, che a prima vista potrebbe sembrare vantaggiosa su entrambi i fronti, presenta una complicazione che si manifesta nel lungo periodo, ovvero i bonus che sono stati offerti come prestazioni sanitarie non vanno a contribuire alla cifra sulla quale si andranno a calcolare l'ammontare del TFR prima e la pensione poi.

Il datore di lavoro infatti convertendo il premio di produzione in iniziative di welfare non è tenuto a versare i contributi previdenziali per quell'ammontare. Per i lavoratori l'adesione a un fondo costituisce quindi uno scambio intertemporale: la possibilità di ricorrere oggi al mercato privato delle prestazioni sanitarie (e di ricevere un parziale rimborso) è pagata con una minore pensione domani e un minore trattamento di fine rapporto al momento del collocamento a riposo (Dirindin, 2019)

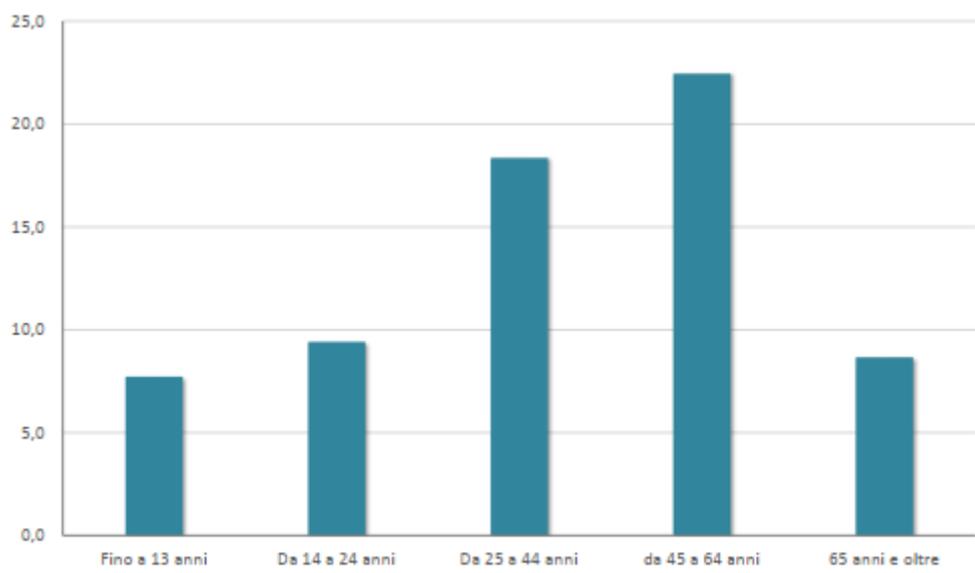
Quanto alla distribuzione della spesa dei fondi sanitari, 5.4 miliardi di euro intermediati dai fondi sanitari integrativi e dalle polizze collettive, con riferimento all'anno 2017 erano così divise: il 38% dei rimborsi in aree di diagnostica o specialistica, dunque prestazioni extraospedaliere. Il 31% in area ospedaliera, il 23% nel settore dell'odontoiatria, il 5% in prevenzione e i 3% in farmaci (RBM assicurazione salute, 2018).

Capitolo 2. La regolazione dei fondi sanitari integrativi

2.1 Chi sono i cittadini assicurati dai terzi paganti in Italia?

È ritenuto interessante in questo elaborato entrare ulteriormente nella definizione numerica del fenomeno dei fondi sanitari in Italia. Al 2017 il numero di assicurati ammonta a quasi tredici milioni, considerando anche i familiari degli iscritti (Citoni & Piperno, 2019), la loro distribuzione statistica segue una distribuzione normale pressoché sovrapponibile a quella dell'età: il 22% degli iscritti infatti si colloca in un'età tra i 45 e i 64 anni, per motivi fondamentalmente individuabili nel reddito e nell'importanza attribuita alla tematica della sanità; la percentuale di uomini era superiore nel 2015 a quella delle donne, parliamo infatti del 17,8% di sesso maschile contro il 12,6% di sesso femminile. Nonostante questo vada probabilmente a creare, analizzandola assieme al reddito, quella che in econometria si definisce autocorrelazione tra i fattori, è opportuno citare anche l'incidenza positiva dell'istruzione sull'iscrizione ai fondi sanitari: il 64% degli assicurati è infatti in possesso di un titolo di studio superiore, ovvero un diploma di scuola superiore o una laurea. Quanto all'effetto di una posizione lavorativa sul rapporto del cittadino con il secondo pilastro, troviamo il fatto che un occupato su quattro è iscritto ad un fondo sanitario integrativo, mentre negli altri stati inerenti ai non occupati questo dato non raggiunge il 10% (Piperno, 2017). Se questo non bastasse il 62,2% degli assicurati occupa posizioni lavorative di rilievo, parliamo dunque di dirigenti ed imprenditori, ma anche di quadri ed impiegati. Il premio medio pagato è quantificabile in circa 281 euro (Citoni & Piperno, 2019)

Figura 2.1 Incidenza degli assicurati sul totale della popolazione secondo classe d'età, anno 2015



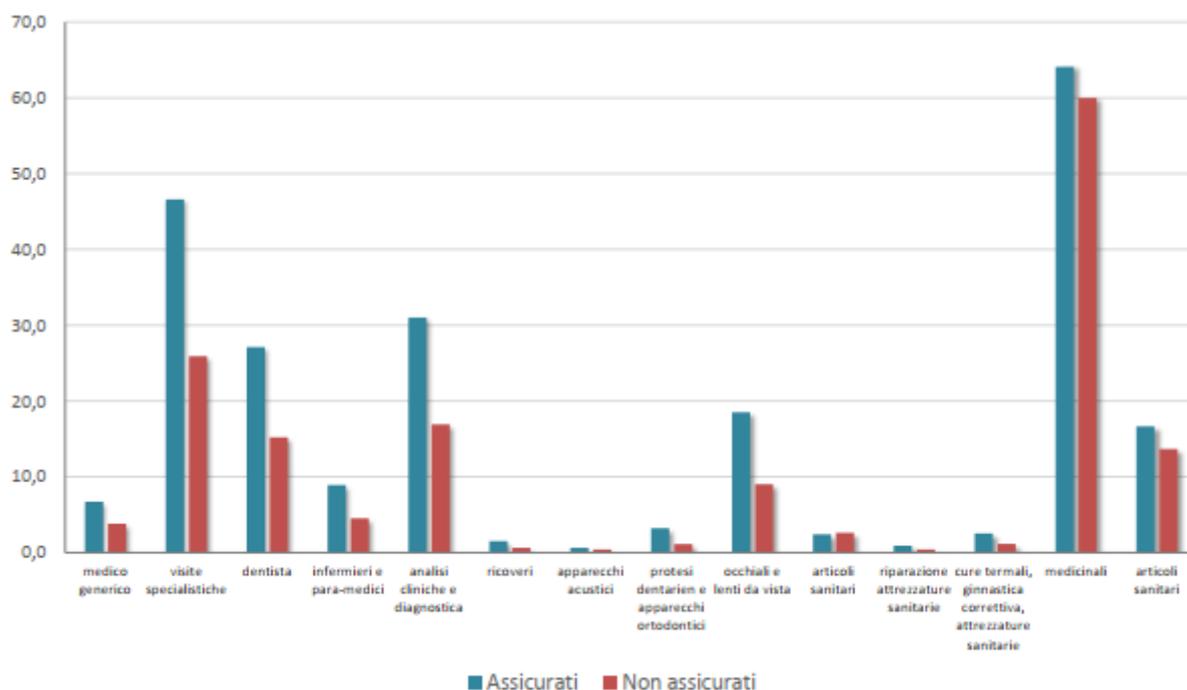
Fonte: Piperno 2017

Si apre a questo punto un dilemma di carattere etico-culturale che verrà trattato più approfonditamente nel terzo capitolo, ovvero in che modo reddito e cultura vanno a concorrere nella sottoscrizione di polizze sanitarie integrative? È una ragione meramente economica per la quale un cittadino con più disponibilità, potendo permettersi un più ampio spettro di scelta di destinazione delle proprie finanze, decide di affidarsi ad un terzo pagante, oppure siamo di fronte ad una più profonda ragione di carattere culturale, per la quale i cittadini appartenenti alle fasce reddituali deboli non sono sufficientemente informati sul secondo pilastro? Nel secondo caso si apre un'altra questione da non sottovalutare, ovvero a chi debba essere attribuito l'onere di provvedere ad un'adeguata e diffusa conoscenza sui fondi sanitari. La logica farebbe propendere verso il Sistema Sanitario Nazionale, che teoricamente da una posizione di massimo disinteresse, e anzi nel pieno interesse del cittadino, dovrebbe educare a questo argomento di crescente importanza. Sicuramente non è un compito che può essere affidato ai terzi paganti stessi, che troppo spesso fanno informazione faziosa e poco veritiera, con i dati di attori differenti del settore che si smentiscono reciprocamente, rendendo a volte difficile una ricerca ed una trattazione il più possibile oggettiva.

A livello di spesa effettuata invece, sempre con riferimento all'anno 2015, le famiglie non assicurate hanno speso 32,5 miliardi di euro mentre quelle assicurate di sono fermate a 2,1 miliardi, questi dati che in senso assoluto non dicono molto, sono tuttavia meritevoli di una più approfondita analisi. Analizzando la spesa in visite specialistiche vi è evidenza del fatto

che la percentuale degli assicurati che ne abbiano effettuata una nell'anno è del 46,6%, cifra che scende al 25,9% andando ad osservare la fetta non assicurata della popolazione. L'origine di questo gap non può sicuramente far riferimento soltanto alla problematica di azzardo morale (ovvero che gli iscritti ai fondi sanitari facciano più visite specialistiche anche se non necessarie, dato che sono ormai un costo sunk del loro bilancio familiare). Tantomeno possiamo parlare di un peggior stato di salute da parte degli assicurati, essendovi evidenza del fatto che tendono ad avere uno stile di vita più sano rispetto ai non assicurati, con il 22,5% di essi che pratica sport (Rispetto all'11,5% dei non assicurati) e che in generale il 76,6% degli assicurati si trova in buona salute, contro soltanto il 68,5% dei non assicurati.

Figura 2.2 Percentuale di famiglie consumatrici secondo la voce spese e lo stato assicurativo anno 2015



Fonte: Piperno 2017

2.2 La normativa del secondo pilastro: storia, limiti e peculiarità

La fattispecie giuridica sulla quale si basano i fondi sanitari integrativi nel nostro Paese è una delle problematiche del secondo pilastro del sistema sanitario. Parliamo infatti di una giurisprudenza poco chiara, che in qualche caso è ridondante e in qualche altro manca di trattare elementi di fondamentale importanza. Il legislatore non va a fornire una vera e propria definizione di sanità integrativa, ma per semplicità potremo definirla come l'insieme di quelle forme e di quegli enti che tramite la raccolta di contributi presso i propri iscritti favorisce l'accesso a prestazioni sanitarie, attraverso il rimborso diretto dei costi delle prestazioni sanitarie verso le strutture chiamate ad erogarle o, viceversa, attraverso forme di rimborso dei costi sostenuti dai singoli per accedere alle dette prestazioni.

2.2.1 I primi interventi normativi

Le radici regolatorie dei fondi sanitari integrativi iniziano ad intravedersi nella legge 883/1978, ovvero quella che ha introdotto il concetto di sistema sanitario nazionale in Italia. In questa sede tuttavia il legislatore ha soltanto aperto uno spiraglio al secondo pilastro, limitandosi ad affermare che “La mutualità volontaria è libera” all'articolo 46.

Per arrivare ad avere una norma che tratti l'argomento in maniera approfondita è necessario attendere il decreto legislativo 502 del 1992, dove viene affermato che:

“Al fine di favorire l'erogazione di forme di assistenza sanitaria integrative rispetto a quelle assicurate dal Servizio Sanitario Nazionale e, con queste comunque direttamente integrate, possono essere istituiti fondi integrativi finalizzati a potenziare l'erogazione di trattamenti e prestazioni non comprese nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza di cui all'articolo 1, definiti dal Piano sanitario nazionale e dai relativi provvedimenti attuativi”

In questo decreto viene inoltre trattata la politica di non selezione dei rischi, le fattispecie dalle quali può originare un fondo integrativo e le prestazioni che è possibile erogare. Si era chiaramente dato il via ad un cambiamento radicale del sistema sanitario come era precedentemente inteso.

Successivamente si è assistito ad un ritorno sull'argomento con il Decreto Legislativo n.229/99, detto anche riforma Bindi, con il quale si è andata a definire la possibile funzione integrativa dei fondi, in altre parole è con questo decreto che viene creato per la prima volta il concetto di fondo DOC, definendo, come detto prima, anche cosa siano i fondi non DOC, per esclusione.

2.2.2 I decreti Turco e Sacconi

La fattispecie giurisprudenziale di riferimento ad oggi è quella fornita dal decreto ministeriale Turco del 31 marzo 2008, successivamente integrato, specificato e in talune parti modificato nel 2009 dal decreto Sacconi. (Florianello, 2018). I suddetti decreti però, se da un lato hanno il merito di aver creato una sostanziosa disciplina di base, dall'altro si sono dimostrati ben lungi da dipanare ogni dubbio sulla sanità integrativa. Uno dei motivi alla base della poca chiarezza del decreto Turco è la scelta di precario equilibrio tra il punto in cui la sanità integrativa si trova e quello in cui si vorrebbe farla andare: se infatti da un lato è stato concepito per non penalizzare i fondi non DOC, che come detto prima sono la maggioranza dei fondi presenti in Italia, dall'altro ha cercato di incentivare i fondi DOC per poter meglio supportare il sistema sanitario nazionale grazie alla funzione integrativa.

Il legislatore ha inoltre avviato un tentativo di convergenza dei fondi non DOC nei fondi DOC, infatti, “A partire dell'anno 2010, questi soggetti (non DOC nda) sono equiparati ai fondi doc purché attestino su base annua di aver erogato prestazioni doc, di tipo sociosanitario o odontoiatrico in misura non inferiore al 20 per cento dell'ammontare complessivo delle risorse destinate alla copertura di tutte le prestazioni garantite ai propri assistiti” (Pammolli & Salerno, 2010).

La ragione alla base di questa quota parte imposta ai fondi di tipo non DOC è basata sull'idea di rafforzare due aree di prestazione che in Italia non sono adeguatamente coperte ma di cui il Servizio Sanitario Nazionale non può farsi carico data la loro elevata onerosità.

Con il decreto “Turco” si è inoltre provveduto, all'articolo 2, alla creazione di una normativa dedicata alla così detta anagrafe dei fondi sanitari ovviando alla mancanza, fino a dieci anni fa di un ente deputato allo svolgimento di due funzioni di base irrinunciabili per il mantenimento di un sistema multi-pilastro ovvero:

- Censire tutti gli organismi che operano nel settore della sanità integrativa, in maniera da agevolarne la cooperazione con il Servizio Sanitario Nazionale
- Verificare il rispetto della soglia del venti per cento delle prestazioni sanitarie sopra citate (UnIndustria, 2019)

Alla suddetta anagrafe annualmente devono essere fatti pervenire da parte di enti, casse e società di mutuo soccorso: atto costitutivo, regolamento, nomenclatura delle prestazioni garantite, bilancio preventivo e consuntivo, modelli di adesione relativi al singolo iscritto.

In sostanza, mentre il fondo Doc è iscritto di diritto, per sua struttura, all'anagrafe dei fondi sanitari, i fondi non Doc, qualora decidano di voler far parte dell'Anagrafe dei fondi sanitari, dovranno destinare, anche ai fini dei benefici fiscali, il 20% delle risorse raccolte alla LTC o all'odontoiatria.

Questo ente manca però ad oggi della funzione di controllo dei dati forniti da parte dei fondi, non andando di fatto a verificare nel pratico che questi numeri siano coerenti con le prestazioni realmente erogate (Fondazione Gimbe, 2019), andrebbe dunque rivista la funzione dell'anagrafe andando a ragionare in un'ottica di maggior controllo sull'attività dei terzi paganti.

In generale uno dei propositi del decreto Turco era quello di fare più chiarezza possibile sulla tematica dei fondi sanitari integrativi, che nel tempo ha dato l'impressione di esser stata più subita che gestita da parte dell'agente pubblico. Ma questo proposito è stato realizzato soltanto in maniera parziale e lacunosa: un fondo sanitario integrativo non presenta ad esempio una fattispecie giuridica di riferimento. Teoricamente le forme che possono essere assunte sono quelle di: associazioni riconosciute, associazioni non riconosciute e società di mutuo soccorso. Attualmente la maggior parte degli attori presenti sul mercato fa riferimento alla forma di soggetti giuridici di natura associativa, ai sensi dell'articolo 36 del Codice civile. (Rambaldi, 2013). Un'altra critica che viene mossa al suddetto decreto è quella di rendere deducibili le cifre utilizzate per i fondi non DOC soltanto dal reddito di lavoro dipendente, quando potrebbe essere più interessante allargare la suddetta deduzione anche al reddito complessivo. Con l'attuale status quo infatti i lavoratori autonomi o soggetti che si scrivono individualmente per propria scelta a tale tipologia di fondi sono esclusi dai suddetti benefici, e tenendo conto che il 38% degli iscritti a fondi sanitari hanno una prevalenza di reddito da lavoro autonomo (Piperno, 2017) l'idea di allargare i benefici anche ai non lavoratori dipendenti sicuramente garantirebbe una maggior parità di trattamento degli iscritti.

Altra questione fiscale non adeguatamente trattata dal decreto Turco è quella per cui un fondo viene riconosciuto come DOC convergente (ovvero un fondo non DOC che però ha erogato il 20% di prestazioni in odontoiatria ed assistenza a lungo termine) soltanto alla fine dell'anno, mentre molti operatori del settore riconoscono le deduzioni in busta paga mensilmente, andando in questo modo a creare una situazione in cui l'operatore deve fornire un regime di detrazione senza sapere in quale delle due macrocategorie verrà inserito alla fine dell'anno dall'Anagrafe dei fondi sanitari. (Pammolli & Salerno, 2010).

La suddetta soglia di risorse vincolate del 20% va ad incorrere in un altro tipo di paradosso, ovvero il restante 80% delle prestazioni è di tipo sostitutivo rispetto al Sistema Sanitario Nazionale, dunque l'agente pubblico va ad effettuare uno sgravio fiscale su prestazioni che già effettivamente offre. Altra questione non totalmente chiarita dalla giurisprudenza è la possibilità dei fondi di assicurarsi contro il rischio di insolvenza, ma essendo come detto in precedenza, all'incirca la metà dei fondi sanitari di proprietà di enti assicurativi, si utilizza quello che dovrebbe essere un ambito no profit per alimentare il business del settore assicurativo. (Fondazione Gimbe, 2019)

2.2.3 Lo stato dei lavori ad oggi: Patto per la salute 2019 e piano sociosanitario regionale del Veneto

L'attuale governo ha deciso di tornare sull'argomento dei fondi sanitari integrativi con il Patto per la Salute, che ad oggi è soltanto una bozza, trattando l'argomento nello specifico all'articolo 11 (Ministero della Salute, 2019)

L'intento basilare di questa ritrattazione dell'argomento è quello di tentare di potenziare le prestazioni complementari, a tacito discapito delle prestazioni sostitutive. Questo viene legittimato alla luce del costo che rappresentano i fondi sanitari per lo Stato (dal punto di vista della fiscalità agevolata) ed è comunque coerente con la posizione della maggioranza di potenziare la funzione assistenzialista dell'agente pubblico. Inoltre, al punto quattro del suddetto articolo è presente la proposta di superare la dicotomia tra fondi DOC e fondi non DOC, "Nel rispetto dei principi di non selezione dei rischi". Il ministero della Salute ha inoltre proposto un dirottamento delle prestazioni coperte dai fondi sanitari, per far sì che vengano erogate per il maggior numero dei casi da parte di strutture pubbliche o strutture private accreditate. Per completare questa modifica della normativa si è infine previsto al punto sette un rafforzamento della funzione di controllo dell'anagrafe dei fondi.

La suddetta bozza presenta un altro punto critico: l'abolizione del super ticket, ovvero la possibilità per le regioni di apporre una maggiorazione di 10 euro su ogni ticket. Sono stati stanziati 60 milioni per coprire la manovra di abolizione di questo pagamento integrativo, ma vi è evidenza da alcuni studi che la copertura per questa manovra sia sottodimensionata, andando inevitabilmente a penalizzare le finanze pubbliche. È molto probabile a questo punto che si propenderà più per una riduzione che per una radicale abolizione. Chiaramente la presenza o l'assenza del superticket andrà ad interessare anche l'economia dei fondi sanitari integrativi, infatti la funzione di copertura aggiuntiva va a coprire, per gli iscritti al fondo,

anche l'eventuale rimborso dei ticket. La regione Veneto, assieme ad Umbria, Toscana ed Emilia-Romagna applica il superticket con un importo variabile rispetto al reddito.

È sicuramente meritevole di menzione la gestione del rapporto con i fondi sanitari integrativi della regione Veneto, in termini di sanità va infatti ricordato che, se il Sistema Sanitario Nazionale ha una parte di normativa a livello centrale, alle regioni è comunque lasciata un'ampia autonomia. La Regione Veneto, tramite il piano Sociosanitario regionale per il 2019 assume una marcata posizione di apertura nei confronti della sanità integrativa, all'articolo 10 infatti si legge la regione "assicura il coordinamento e l'unitarietà della politica sanitaria e l'integrazione del servizio sanitario regionale con le prestazioni finanziate attraverso le forme integrative" (Regione Veneto, 2018).

2.3. Sanità Integrativa oltre il confine: il caso francese

Andando invece a spostare il focus oltre i confini italiani, possiamo notare come la spesa pubblica per persona nel nostro Paese sia inferiore rispetto alla media europea: se infatti per il 2017 la spesa pubblica pro-capite per un cittadino italiano si attestava a 1867 euro, quella per un cittadino svizzero superava i 2000 euro, per un cittadino inglese era di 2652 euro mentre tedeschi ed irlandesi vedono la loro spesa pubblica individuale oltrepassare la quota dei 3000 euro. L'Italia aveva anche una spesa privata pro capite inferiore a quella degli altri paesi europei, attestata soltanto a 655 euro, che se confrontata con Germania e Francia che superano i 900 euro per cittadino dà le cifre di questa disparità nel settore.

Entrando però nella tipologia di spesa privata pro-capite è possibile trovare una marcata differenza sul modo in cui viene effettuata nel nostro Paese rispetto ai paesi centro europei, mentre infatti soltanto il 9% della spesa privata pro capite nella penisola è intermediata, in Francia la percentuale si attesta al 58% e in Germania al 46%. Va tenuto in considerazione che in questa stima prodotta dall'ISTAT manca la parte di spesa intermediata dai fondi sanitari integrativi, tuttavia si è ritenuto utile in questa sede riportarla ugualmente per avviare un confronto del Sistema Sanitario Nazionale con quelli del vecchio continente. (Cergas-Bocconi, 2018).

Tra i sistemi sanitari nazionali grande interesse riveste sicuramente quello francese, sia per lo status quo attuale che per come vi si è giunti. In Francia la sanità integrativa aveva in origine una funzione di rimborso, in altre parole restituisce al cittadino la spesa effettuata in ticket, e una funzione complementare, andando a coprire l'erogazione di quelle prestazioni che sarebbero difficili da coprire per il Sistema Sanitario Nazionale, ovvero l'odontoiatria e

l'oculistica. Il mercato dei fondi sanitari integrativi francese si è poi allargato, i fondi hanno iniziato dapprima a coprire delle spese migliorative rispetto all'offerta di base del sistema sanitario, ad esempio camere di ospedale singole, e successivamente si sono spostati su prestazioni non coperte dal Sistema Sanitario Nazionale, come ad esempio l'acquisto di integratori. Sostanzialmente i fondi si vanno a configurare come di tipo complementare per le prestazioni sanitarie, mentre la parte di copertura dei servizi è supplementare.

La Francia ha poi creato il così detto "Contratto di responsabilità" ovvero, prima di farsi visitare dallo specialista (che presenta costi superiori) il paziente è tenuto a sottoporsi alla visita di un medico "generalista" (figura sovrapponibile al nostro medico di base) che successivamente lo andrà ad indirizzare verso lo specialista di competenza. È possibile per il paziente saltare questo iter e passare direttamente alle cure dello specialista ma questo comporta il pagamento di un sovrapprezzo. Questo sistema di responsabilizzazione del cittadino è volto a ridurre una pratica che in economia si definisce azzardo morale: Condizione in cui un soggetto, esentato dalle eventuali conseguenze economiche negative di un rischio, si comporta in modo diverso da come farebbe se invece dovesse subirle (Enciclopedia Treccani). Il sistema per il quale il cittadino francese avrebbe dovuto pagare se avesse deciso di non seguire il percorso prestabilito è però stato messo in forte crisi dall'intervento dei fondi sanitari integrativi: questi hanno avviato una pratica di rimborso del ticket ai propri iscritti andando a riproporre la questione di azzardo morale, soltanto che a rispondere del comportamento dei cittadini non era più il Sistema Sanitario Nazionale ma il fondo sanitario stesso. Questo ha avuto delle ripercussioni sul sistema sanitario francese, che si è trovato a fronteggiare maggiori spese, essendo che come noto il ticket va a coprire soltanto una piccola parte del costo di una prestazione sanitaria. Nei primi anni 2000 inoltre, in un'ottica di maggiore equità per i cittadini che non potessero avere accesso alla sanità integrativa, ovvero coloro che avessero un reddito individuale inferiore a 621 euro, il governo francese ha previsto una sanità integrativa pubblica.

I costi della sanità privata in Francia hanno subito un notevole aumento, passando dai 340 euro pro-capite del 1998 ai 540 del 2006 (Thomson & Mossialos, 2009), il governo francese ha dunque deciso di tassare i profitti dei fondi sanitari, utilizzando l'indotto di questa tassazione per finanziare il CMU, ovvero il fondo di sostentamento di sanità integrativa di cui sopra. Inizialmente, ovvero nei primi anni 80, il mercato francese era basato sulle mutue che, fedelmente al principio di mutualità, non facevano differenze sulla copertura applicata e sulle tariffe, ogni iscritto riceveva la stessa copertura indipendentemente dall'età, dal reddito e dalla classe di rischio alla quale fosse esposto.

Successivamente, all'ingresso nel mercato dei fondi sanitari commerciali, le Mutue hanno iniziato un processo di selezione del rischio, classificando i propri iscritti e modificando di conseguenza tariffe e coperture. Il caso francese dovrebbe dunque fare da monito per i rischi di aumento di spesa pubblica che possono derivare da una diffusione non adeguatamente normata della sanità integrativa. Ad oggi la percentuale di cittadini francesi che possono beneficiare di una copertura integrativa supera il 90%, gran parte dei quali grazie all'adesione ad una "Mutuelle" (OECD, 2018)

La letteratura non prende una posizione univoca sull'effetto positivo del secondo pilastro, infatti secondo uno studio effettuato prendendo a campione Australia, Canada e Svizzera da parte dell'economista Sebastian Gechert, le prestazioni coperte dai fondi costano in termini di detrazione fiscale allo stato più di quello che costerebbe erogarle direttamente tramite il settore del pubblico (Gechert, 2009). A questo punto è opportuno chiedersi se, dal punto di vista economico ma senza perdere di vista quello etico, il fenomeno della sanità integrativa faccia o meno il bene dei cittadini, e nel caso quali debbano essere i sussidi e le limitazioni da mettere in atto al fine di massimizzare le esternalità positive e ridurre quelle negative.

CAPITOLO 3. Lo sviluppo dei fondi sanitari integrativi in Italia: effetti potenziali e possibili scenari

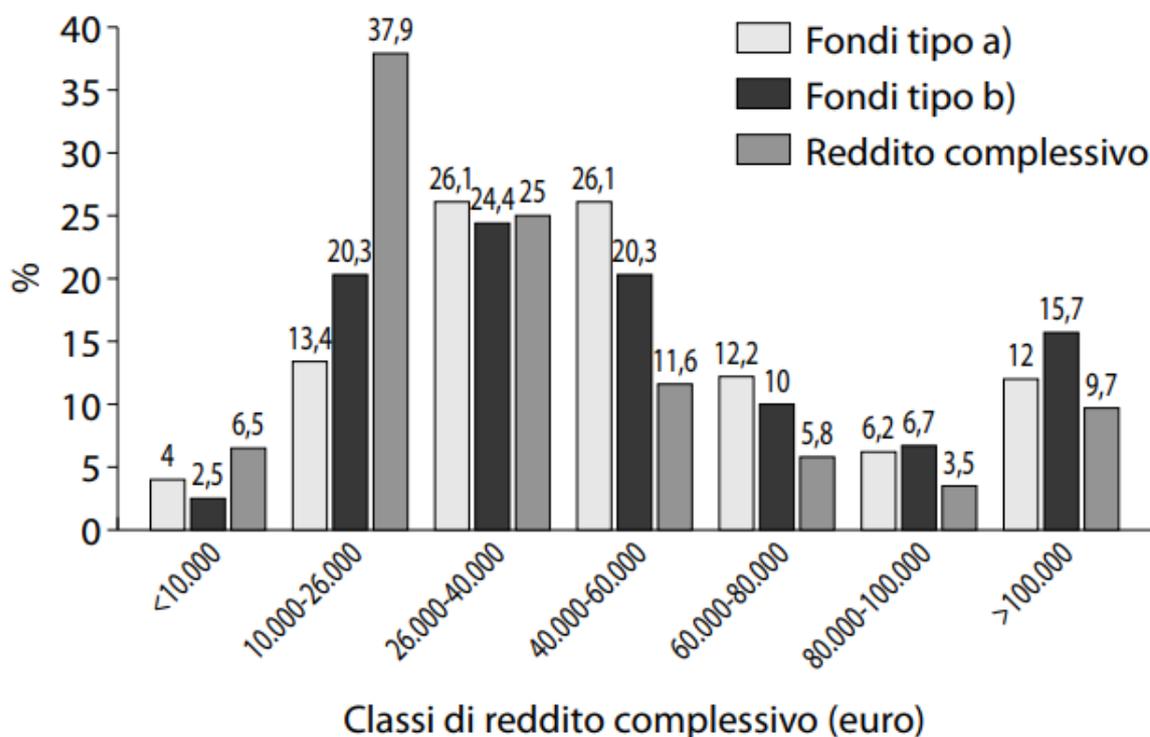
3.1 Problematiche per l'equità

Uno dei principi di base del Sistema Sanitario Nazionale è quello dell'equità, è dunque fisiologico che se il secondo pilastro si propone di andare ad integrare il sistema pubblico anch'esso debba tener fede allo stesso principio. Questa considerazione diviene ancor più naturale se si tiene in conto la grande quantità di agevolazioni fiscali con le quali lo stato incentiva e indirettamente sovvenziona il sistema dei terzi paganti. All'attuale stato dell'arte, secondo varie voci autorevoli del settore, il concetto di equità mal si concilia con la normativa e con le premesse che si sono poste per l'espansione del secondo pilastro.

Buona parte dei dubbi si diramano a partire dalla sopra citata agevolazione fiscale: in altre parole la domanda è se sia giusto che le possibilità di detrazione delle quali beneficiano gli iscritti ai fondi sanitari vadano a pesare anche su coloro che non si affidano ad un terzo pagante. Come detto in apertura la spesa sanitaria rappresenta l'8% della voce costi sul bilancio dello stato, di questi 4118 milioni le deduzioni dei contributi versati ai fondi sanitari, che interessano circa 5 milioni di contribuenti, determinano una spesa fiscale stimata in circa 1.245 milioni di euro (Marenzi, Rizzi, & Zanette, 2019).

Gli iscritti a fondi sanitari, in buona parte incentivati alla sottoscrizione delle polizze dal regime fiscale vantaggioso proposto negli anni, sono per il 59,3% compresi nella fascia di reddito tra i 10000 e i 40000 euro al mese. Le detrazioni vanno dunque per la maggior parte a beneficio di persone con un lavoro stabile, un reddito da lavoro dipendente, con redditi più elevati (il valore della deduzione aumenta proporzionalmente all'aliquota marginale) e dei residenti nel centro nord (Fondazione Gimbe, 2019). È evidente che da queste categorie sono esclusi gli abitanti del centro sud, ovvero l'area più povera d'Italia e in generale i cittadini con un reddito non sufficientemente alto per permettersi di accedere alla sanità integrativa.

Figura 3.1 Distribuzione degli iscritti ai fondi sanitari per fasce di reddito



Fonte: Dimensione ed effetti redistributivi dei benefici fiscali dei fondi sanitari integrativi (Marenzi, Rizzi, Zanette; 2019)

Nonostante questo, le suddette fasce reddituali deboli finanziano con il loro contributo versato tramite le tasse la deduzione fiscale della quale beneficiano fasce superiori.

L'affermarsi delle forme di welfare aziendale di cui sopra sembrano, almeno a prima vista, aver risolto parzialmente il problema dell'iscrizione ai fondi sanitari riservata alle persone che "possono permetterselo", dato che l'azienda tramite questa forma di sussidio per i propri lavoratori si accolla parzialmente il costo della sottoscrizione della polizza. Le modalità di accesso ad una sanità privata sono quindi di due tipologie: chi vi accede per merito attraverso l'ingresso nel mondo del lavoro e chi vi accede per la disponibilità di risorse necessarie; resta però esclusa da queste tutele la maggioranza degli individui. Sembra dunque per alcuni versi venutosi a riproporre il legame tra situazione lavorativa e protezione sanitaria, nella quale lavoratori e familiari erano iscritti ad enti mutualistici competenti per la categoria (Dirindin, 2019). Questa è la visione proposta da coloro che sono critici verso l'attuale gestione del sistema sanitario e che vedono una serie di problematiche che nel caso non venissero sanate potrebbero porre i presupposti per una perdita di equità e per un eccessivo sbilanciamento

verso la posizione per la quale essere ricchi corrisponde ad avere una maggior possibilità di prendersi cura della propria salute. Senza tuttavia giungere agli estremi punti in cui verrebbe messo in crisi il fondamento sui sussidi incrociati del nostro sistema sanitario nazionale, non è forse lo stesso fatto che alcuni cittadini abbiano la possibilità di accedere alle prestazioni sanitarie “saltando la coda” una messa in discussione dell’equità? (Goio, 2018)

3.2 Problematiche per il Servizio Sanitario Nazionale

Da molti attori del settore la sanità integrativa è presentata al pubblico come la soluzione a tutti i mali che affliggono il sistema sanitario, scaricando parzialmente il peso della sanità su un secondo pilastro sembra infatti che si contribuisca al difficile risanamento dei conti pubblici. Questa visione si presenta però come molto parziale e poco approfondita del fenomeno dei fondi sanitari. Il continuo aumento del numero di fondi sanitari presenti sul mercato, soprattutto di tipo B, ha creato una concorrenza tra gli attori del settore, che per differenziarsi hanno iniziato ad offrire piani sanitari che sembrassero sempre più generosi ad un consumatore poco esperto, ma che in realtà erano mirati in primis a ridurre al minimo le richieste di rimborso, offrendo in grande quantità prestazioni di scarsa utilità. Un esempio di questa pratica si può individuare nel piano sanitario proposto dal Fondo dei Metalmeccanici che offre ai propri iscritti la possibilità di effettuare il controllo del PSA una volta ogni due anni senza ricetta medica, nonostante lo stesso inventore del metodo di screening ritenga che non sia utile proporlo come controllo di massa (Dirindin, 2019) (si veda la tabella 3.1). Il consumismo sanitario in questione si andrebbe a rafforzare in quegli ambiti per i quali non è necessaria una prescrizione medica, nei quali la decisione sulle prestazioni da ricevere non è filtrata dall’opinione di uno specialista sulla distinzione tra le prestazioni necessarie (o quantomeno opportune) e quelle superflue, ma è lasciata alla discrezione del paziente. Il sopracitato caso francese inoltre dovrebbe dare una definizione di quelli che potrebbero diventare i costi per il sistema sanitario nazionale nel caso di un’evoluzione non corretta della sanità integrativa.

Tabella 3.1 Frequenza di indagini diagnostiche a scopo preventivo nel corso della vita.

Prestazione	“Piano prevenzione” fondi sanitari	Screening LEA e giudizio clinico
Mammografia	45	13
Pap-test	45	14
Sangue occulto nelle feci	35	13
PSA	36	0-1
Ecografia transrettale	36	0-1
Doppler tronchi-sovra-aortici	16	0-1
Visita cardiologica	16	0-1

Fonte: report fondazione Gimbe (2019)

Un altro problema, di natura prettamente sociale, può individuarsi in una possibile spaccatura delle classi sociali: in caso di insoddisfazione per le prestazioni offerte dal servizio pubblico infatti, vi sarebbe una percentuale della popolazione che anziché sollevare o appoggiare le rimostranze si limiterebbe a ripiegare sul privato, lasciando la parte che non si appoggia ad un terzo pagante a subire le conseguenze di un servizio insoddisfacente (Fondazione Gimbe, 2019).

3.3 Punti di forza della sanità integrativa

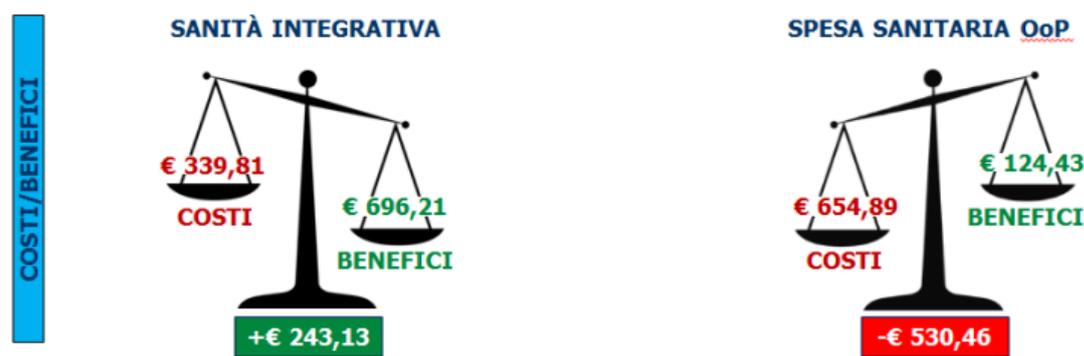
D’altro canto, se l’agente pubblico ha fatto una chiara scelta di appoggio e di incoraggiamento alla crescita per i fondi sanitari, soprattutto integrativi, è sicuramente presente una serie di ragioni di fondo. La prima motivazione, come spesso capita, è di carattere economico: come ampiamente trattato in precedenza la sopravvivenza del sistema sanitario nazionale è messa a dura prova e la creazione di secondo pilastro, pur non essendo una necessità in senso assoluto, come affermato da alcune parti in causa, fornirebbe comunque un valido sostegno.

In secondo luogo, più che il fenomeno dei terzi paganti, è la spesa out of pocket è il vero elemento che va a minare il principio di equità: se un cittadino, in situazioni ordinarie, ha la possibilità di aver un miglior stato di salute soltanto in virtù della possibilità di spesa immediata basata proprio reddito, diviene chiara la necessità di un elemento di intermediazione. La questione peggiora ulteriormente quando si analizza la sua evoluzione con l’avanzare dell’età: persone in uno stato di salute più a rischio devono affrontare un

maggior livello di spesa in sanità, un anziano spende in fatti l'80% di out of pocket in più rispetto ad un giovane, pur disponendo di un minor reddito (RBM assicurazione salute, 2018).

Sotto questo punto di vista è possibile rivalutare la posizione dei fondi sanitari, che potrebbe essere in un certo senso di ristabilire l'equità più che di minarla, al netto della distorsione provocata dalle agevolazioni fiscali. L'iscrizione ad un fondo sanitario con una copertura offerta di medio livello, si prenda ad esempio il FASCHIM, costa poche centinaia di euro l'anno (Faschim, 2019), una cifra che consentirebbe alla maggior parte dei nuclei familiari di medio livello, ad oggi la media dei redditi per una famiglia di tre individui ammonta a 38500 euro annui (ISTAT, 2019), di poter sottoscrivere una polizza. Al contrario una visita specialistica od addirittura un intervento possono pesare su un bilancio familiare, per di più in una situazione imprevista, migliaia di euro di spesa out of pocket; questo nella situazione di riduzione del risparmio privato può portare le famiglie a scegliere tra l'indebitamento o il non accedere alla prestazione sanitaria.

Figura 3.2. Analisi costi benefici di un'integrazione tra pubblico e privato



Fonte: RBM Censis (2018)

3.4 Una proposta di evoluzione nel rapporto tra pubblico e privato

Se si andasse dunque, anziché incoraggiarlo soltanto, ad integrare il primo pilastro con il secondo, su base istituzionale o su base occupazionale, si potrebbe creare un sistema a governance pubblica e gestione privata (RBM assicurazione salute, 2018).

Pensare che questa ibridazione tra pubblico e privato possa essere una questione semplice e di poco conto è tuttavia fuorviante: si andrebbero a mettere in discussione i meccanismi pratici della sanità di ogni giorno, passando per un continuum che va dal ticket ospedaliero agli interventi nelle cliniche private.

Come prima cosa sarebbe necessario accentuare ulteriormente la promozione di fondi integrativi, a discapito di quelli sostitutivi, tramite agevolazioni fiscali; successivamente andrebbero fortemente ridotti gli incentivi fiscali ai fondi di tipo sostitutivo, andando ad utilizzare le risorse recuperate dalla tassazione per un progetto di rifinanziamento della sanità pubblica.

Fondamentale sarebbe l'imposizione della non possibilità di scelta/esclusione degli assicurati da parte di questi fondi sanitari integrativi, caratteristica imprescindibile se si vuole procedere ad un affiancamento ad un sistema di tipo universalistico. Si potrebbe poi guardare, questa volta per imparare, alla Francia, con l'istituzione di un fondo integrativo simile al CMU, ovvero finanziato dallo Stato al fine di permettere l'accesso alle prestazioni di integrazione anche ai meno abbienti. Questa manovra avrebbe un impatto positivo sulle finanze pubbliche: parliamo di un investimento dello stato calcolabile in circa 900 milioni di euro che permetterebbe di abbassare la spesa privata out of pocket di una cifra vicina ai 20 miliardi di euro. Questo permetterebbe in seconda battuta di abbassare l'evasione fiscale nel settore della sanità privata, che come tutti gli ambiti caratterizzati da una prestazione intangibile è terreno fertile per questa tipologia di illecito, per un valore stimabile in 2 miliardi di euro (RBM assicurazione salute, 2018).

Come spesso capita tuttavia il vero investimento da fare sarebbe di carattere culturale: è necessario convincere gli italiani che la demonizzazione della privatizzazione è generata da una paura infondata, se infatti è vero che il privato non è la soluzione a tutti i problemi del bilancio di uno Stato, è anche vero d'altro canto che quasi nessuna economia evoluta può permettersi ad oggi di basare totalmente sul settore del pubblico l'offerta di servizi ai cittadini.

Va regolamentata la pubblicità concessa ai fondi sanitari, previo accertamento della veridicità dei dati proposti e l'assicurazione del fatto che non siano numeri volutamente alterati per

attirare nuovi iscritti o convincere quelli presenti della bontà del progetto a cui hanno aderito. La controparte privata di questa collaborazione tra settore pubblico e settore privato andrebbe successivamente remunerata con un possibile ritorno economico dell'investimento, al fine di "stimolarlo nel miglioramento dei servizi sanitari ed ospedalieri" (Astorina & Amatucci, 2018). Un modello di riferimento per la parte integrativa, seppur con i dovuti distinguo, potrebbe essere quello proposto dalla sanità dei Paesi Bassi: i cittadini devono obbligatoriamente iscriversi ad un'assicurazione privata, la quale copre un pacchetto di prestazioni che sono circa sovrapponibili ai LEA del nostro sistema sanitario (definite cure essenziali, efficienti e non sostenibili per i privati). Questa assicurazione fino a quando i cittadini sono minorenni è finanziata dallo Stato, al compimento della maggiore età diviene parzialmente a carico del cittadino, pur rimanendo ampiamente sussidiata. In aggiunta alle prestazioni coperte dell'assicurazione di base è possibile stipulare, presso assicurazioni differenti rispetto a quelle di base, delle assicurazioni integrative che vadano a coprire prestazioni quali odontoiatria, terapie, farmaci ed ottica. (Kroneman, et al., 2016) Il ruolo svolto dall'assicurazione integrativa nei Paesi Bassi dovrebbe dunque essere ricoperto in Italia dai fondi sanitari con una funzione dunque esclusivamente "integrativa" e non duplicativa delle prestazioni già garantite dal Servizio Sanitario Nazionale (i LEA). Elemento chiave per l'efficiente sostentamento del sistema olandese è inoltre quello occupato dal medico di base che svolge la funzione di "filtrare" i pazienti, infatti il ricovero ospedaliero viene definito previa sua approvazione, al fine di evitare prestazioni non necessarie (Maciocco, 2016). I vantaggi di applicare questo modello al nostro Paese si andrebbero a configurare in due gruppi: il primo sarebbe la possibilità di scelta per il paziente dello specialista al quale rivolgersi o addirittura della struttura ospedaliera nella quale essere ricoverati, vi è infatti evidenza già oggi del fatto che gli iscritti a fondi sanitari integrativi a livello ospedaliero siano orientati verso gli ospedali che offrono un miglior servizio alberghiero (Citoni & Piperno, 2019). Il vantaggio si estenderebbe al sistema intero portando ad una selezione naturale degli specialisti e delle strutture, dal momento che le migliori offerte verrebbero premiate, venendo scelte da un maggior numero di clienti, mentre nel caso i servizi offerti fossero scadenti o si assisterebbe verso una spinta al miglioramento o verso una scrematura. Questo tipo di selezione nel pubblico spesso è mancante e quando è presente non è sufficientemente incisiva. Una svolta verso l'ibridazione tra pubblico e privato permetterebbe inoltre di potenziare la long term care, ovvero l'assistenza a lungo termine a persone non autosufficienti, tematica che ad oggi il servizio pubblico stenta a soddisfare per ragioni legate all'onerosità e all'incerta durata del sussidio.

Nei prossimi anni in Italia la spesa pubblica per la non autosufficienza passerà dall'attuale 1,9% ad oltre il 3% di incidenza sul PIL (Centro Studi e Ricerca Itinerari Previdenziali; Assoprevidenza, 2018). Una soluzione collettiva anche in questo caso avrebbe una funzione di equità sociale da non sottovalutare, poiché questo permetterebbe di avere prezzi più bassi (addirittura fino a dieci volte inferiori), evitando la discriminazione in base alla disponibilità economica dell'iscritto. Tentare di perseguire questi due obiettivi soltanto tramite un aumento del finanziamento al settore pubblico sarebbe soltanto una soluzione temporanea che tornerebbe a rendere i costi proibitivi nel lungo periodo, obbligando ad una nuova riforma od a dei nuovi tagli.

È evidente che non si parla di una riforma di poco conto ma di un vero e proprio stravolgimento dello status quo attuale, che necessiterebbe di tempo e risorse per poter essere messo in atto ma che, al netto dei costi di transizione, potrebbe in potenza portare dei grandi benefici al settore. Un cambiamento nella sanità potrebbe essere difficile da attuare e faticoso da innescare, ma a patto di avere la forza di concretizzarlo, può essere foriero di nuova linfa per il Sistema Sanitario Italiano, pur mantenendolo ben fisso sui capisaldi di uguaglianza, universalità ed equità.

Conclusione

Gli spunti di integrazione tra l'agente pubblico e il privato si possono trovare ormai in molti settori, non fa eccezione la sanità. Si è dimostrato che se portata avanti in modo responsabile da entrambe le parti in causa la relazione tra fondi sanitari integrativi e Servizio Sanitario Nazionale può rivelarsi proficua. Un connubio economico vincente non può tuttavia prescindere dal contributo dei cittadini, la presente analisi è stata basata sugli aspetti numerici del fenomeno, i risultati potranno essere integrati in un secondo momento da una trattazione di carattere sociologico per andare a fornire una visione più completa del quadro che si verrà a delineare negli anni a venire e che per molti versi vede le sue basi affermarsi già nel presente. Quello che sembra presentarsi come uno dei maggiori problemi della sanità integrativa, ovvero il suo impatto sull'equità si è dimostrato essere scongiurabile con i dovuti paletti legislativi; si è inoltre dato esempio di come questo cambiamento se adeguatamente accolto possa essere foriero di rinnovato apporto di uguaglianza per tutti i cittadini. Il Servizio Sanitario Nazionale gode di una salute ben meno cagionevole di quanto si voglia far credere da parte di voci tutt'altro che disinteressate, tuttavia beneficiare di un supporto porterebbe il servizio offerto ad un miglior livello con una maggior efficienza, dando risposte più pronte ai cittadini. Devono tuttavia essere una costante guida ed un monito di fronte ad ogni scelta le parole di Tina Anselmi, ministro della sanità quando venne approvata la legge 833 del 1978: "I diritti conquistati non sono mai definitivi, vanno difesi".

Riferimenti bibliografici

- Ageing Report. (2018, Maggio). Lussemburgo: Publications Office of the European Union.
- Astorina, F., & Amatucci, F. (2018). Pubblico e privato e sanità. Un 'nuovo' partenariato è possibile. *Quotidiano Sanità* .
- Barigozzi, & Rebba. (2019). Sostenibilità del Servizio sanitario nazionale e fondi sanitari integrativi. *Politiche Sanitarie*, 3.
- Centro Studi e Ricerca Itinerari Previdenziali; Assoprevidenza. (2018). *Le sfide della non autosufficienza* . Milano .
- Centro Studi e Ricerche di Itinerari Previdenziali. (2019). *Il bilancio del sistema previdenziale italiano*.
- Cergas-Bocconi. (2018). *Rapporto OASI 2018, Osservatorio sulle aziende e sul sistema sanitario italiano*. egea.
- Citoni, G., & Piperno, A. (2019, Luglio 3). Terzi paganti privati in sanità: assicurazioni e fondi sanitari. *Politiche Sanitarie*, p. 22-23.
- Dieleman, J. L., Templin, T., Sadat, N., Reidy, P., Chapin, A., Foreman, K., . . . Kurowski, C. (2016). National spending on health by source for 184 countries. *Lancet*, 2524-2527.
- Dirindin, N. (2019). Fondi sanitari e nuovi livelli essenziali di assistenza: un intreccio potenzialmente pericoloso. *Politiche sanitarie*, 37.
- Enciclopedia Treccani . (s.d.).
- Faschim. (2019). *Quanto costa*. Tratto da Faschim: <http://www.faschim.it/assistenza-sanitaria-chimici/costa-0000138.html>
- Florianello, F. (2018). Fondi sanitari e integrativi: l'evoluzione della normativa. *Quotidiano Sanità*.
- Fondazione Gimbe. (2019). *La Sanità Integrativa*. Bologna.
- Gechert, S. (2009). "Supplementary Private Health Insurance in Selected Countries: Lessons for EU Governments? Monaco, Germania: CESifo Group.
- Goio, A. (2018, Novembre 14). *Fondi sanitari, rischio o opportunità?* Tratto da Via Trentina: <https://www.viatrentina.it/rivista/2018/anno-93-n-45-Betania-ieri-e-oggi/Fondi-sanitari-rischio-oppure-opportunita>
- ISTAT. (2016). *Rapporto annuale popolazione Italiana*. SL.
- ISTAT. (2018, Novembre 28). *Natalità e fecondità della popolazione residente*. Tratto da ISTAT: <https://www.istat.it/it/archivio/224393>
- ISTAT. (2019, Agosto 7). *Reddito Netto delle famiglie italiane*. Tratto da ISTAT: http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCCV_REDNETFAMFONTERED
- Kroneman, M., Boerma, W., Berg, M. v., Groenewegen, P., Jong, J. d., & Ginneken, E. v. (2016). *Netherlands, health system review*. Londra; Berlino: Ewout van Ginneken.
- Maciocco, G. (2016, Marzo 24). *Il sistema sanitario olandese*. Tratto da Salute Internazionale: <http://www.saluteinternazionale.info/2016/03/il-sistema-sanitario-olandese/>
- Marenzi, Rizzi, & Zanette. (2019). Fondi Sanitari Integrativi e benefici fiscali. *Politiche Sanitarie*, 41.
- Ministero della Salute. (2019, Maggio 27). *Bozza nuovo Patto della Salute*. Roma.

- Ministero della Salute. (2019, Gennaio 30). *Salute.gov*. Tratto da <http://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=5073&area=Lea&menu=vuoto>
- OECD. (2018). *Health at a Glance: Europe 2018*. Parigi, Francia: OECD publishing.
- Pammolli, F., & Salerno, N. (2010). *L'integrazione pubblico-privato in sanità e assistenza alla persona*. Roma.
- Pammolli, F., & Salerno, N. (2009, Novembre). Dove va la spesa sanitaria (potenziale)? SL, Italia.
- Piperno, A. (2017). *La previdenza sanitaria integrativa*. Roma.
- Rambaldi, F. (2013, Maggio 31). *L'incertezza della prassi dei fondi sanitari*. Tratto da Insurance Review: <https://www.insurancereview.it/insurance/contenuti/osservatorio/236/1-incertezza-della-prassi-dei-fondi-sanitari>
- RBM assicurazione salute. (2018). *VIII Rapporto RBM*. Roma.
- Regione Veneto. (2018, Dicembre 28). LEGGE REGIONALE n. 48. Venezia, Italia.
- Thomson, S., & Mossialos, E. (2009). *Private health insurance in the European Union*. Londra.
- Unindustria. (2019). *previdir*. Tratto da Previdir: https://www.previdir.it/previdir.asp?p=sacconi_fondi
- Urbani, A. (2019, Febbraio 19). *Anagrafe fondi sanitari, il primo Report System sull'assistenza integrativa*. Tratto da Salute.Gov: http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dal_ministero&id=3650